

ACTUALIZACIÓN ANUAL O DE ESTADO

NOMBRE DEL PROYECTO											
NOMBRE DEL CLIENTE											
FECHA DEL ESTADO DEL PROYECTO	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>										

CONDICIONES DE DISCAPACIDAD Y BARRERAS

¿Tiene alguna discapacidad física?

<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado
<i>En caso de tener una discapacidad física,</i> ¿Se espera que sea de larga, continua e indefinida duración y que impida sustancialmente su habilidad de vivir independientemente?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado

¿Tiene alguna discapacidad de desarrollo?

<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado
--	--	--

¿Tiene alguna condición de salud crónica?

<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado
<i>En caso de tener una condición de salud crónica,</i> ¿Se espera que sea de larga, continua e indefinida duración y que impida sustancialmente su habilidad de vivir independientemente?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado

¿Ha sido diagnosticado con SIDA o es VIH positivo?

<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado
--	--	--

¿Tiene un problema de salud mental?

<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado
<i>En caso de tener un problema de salud mental,</i> ¿Se espera que sea de larga, continua e indefinida duración y que impida sustancialmente su habilidad de vivir independientemente?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado

¿Tiene algún problema de abuso de sustancias?

<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Abuso de Alcohol <input type="checkbox"/> Abuso de Drogas <input type="checkbox"/> Abuso de Ambos, Drogas y de Alcohol		<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado
--	--	--

FY 2022 OC HMIS: SPANISH STATUS UPDATE/ANNUAL ASSESSMENT FORM — HOPWA

En caso de tener un problema de abuso de sustancias, ¿Se espera que sea de larga, continua e indefinida duración y que impida sustancialmente su habilidad de vivir independientemente?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado
---	--	--

¿Es sobreviviente de violencia doméstica o de pareja?

<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado
--	--

En caso de ser sobreviviente de violencia doméstica o de pareja

¿Cuándo ocurrió esta experiencia?	<input type="checkbox"/> En los últimos tres meses <input type="checkbox"/> Hace tres a seis meses (excluyendo exactamente seis meses) <input type="checkbox"/> Hace seis a doce meses (excluyendo exactamente un año) <input type="checkbox"/> Hace más de un año	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado
¿Esta actualmente huyendo?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado

INGRESOS MENSUALES Y FUENTES DE INGRESO

Ingreso de cualquier fuente	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado
------------------------------------	--	--

EN CASO DE RECIBIR INGRESOS DE CUALQUIER FUENTE – INDIQUE TODAS LAS FUENTES QUE APLIQUEN

Fuente de Ingreso (Marque todas las que apliquen)	Cantidad Mensual
<input type="checkbox"/> Ingreso Ganado	
<input type="checkbox"/> Seguro de Desempleo	
<input type="checkbox"/> Compensación de Trabajador	
<input type="checkbox"/> Seguro de Discapacidad Privado	
<input type="checkbox"/> Compensación por discapacidad relacionada con servicios de VA	
<input type="checkbox"/> Seguro de Incapacidad del Seguro Social (SSDI)	
<input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	
<input type="checkbox"/> Ingreso de Jubilación del Seguro Social	
<input type="checkbox"/> Pensión por discapacidad no relacionada con servicios de VA	
<input type="checkbox"/> Pensión o Ingreso de Jubilación de un antiguo empleo	
<input type="checkbox"/> Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)	
<input type="checkbox"/> Asistencia General (GA) (Alivio General (GR))	
<input type="checkbox"/> Manutención Conyugal	
<input type="checkbox"/> Manutención Infantil	
<input type="checkbox"/> Otro Ingreso en Efectivo (Especifique: _____)	

BENEFICIOS NO MONETARIOS

Recibe beneficios no monetarios	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado
--	--	--

EN CASO DE RECIBIR INGRESOS NO MONETARIOS – INDIQUE TODAS LAS FUENTES QUE APLIQUE

<input type="checkbox"/> Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP)	<input type="checkbox"/> Servicios de Transporte de TANF
<input type="checkbox"/> Programa Nutrición Suplementario Especial para mujeres y niños	<input type="checkbox"/> Otros servicios financiados por TANF
<input type="checkbox"/> Servicios de Cuidado Infantil de TANF	<input type="checkbox"/> Otro Beneficios no Monetarios (Especifique Fuente): _____

SEGURO DE SALUD

<p>Cubierto por un seguro de salud</p>	<p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Si</p>	<p><input type="checkbox"/> Cliente no sabe</p> <p><input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa</p> <p><input type="checkbox"/> Dato no recolectado</p>
<p>EN CASO DE ESTAR CUBIERTO POR UN SEGURO DE SALUD – INDIQUE TODAS LAS FUENTES QUE APLIQUE</p>		
<p><input type="checkbox"/> MEDICAID</p>	<p>Si no está cubierto por MEDICAID, RAZÓN</p>	
<p><input type="checkbox"/> MEDICARE</p>	<p>Si no está cubierto por MEDICARE, RAZÓN</p>	
<p><input type="checkbox"/> Seguro de Salud Infantil Estatal</p>	<p>Si no está cubierto por el Seguro de Salud Infantil Estatal, RAZÓN</p>	
<p><input type="checkbox"/> Servicios Médicos de la Administración de Veteranos (VA)</p>	<p>Si no está cubierto por los Servicios Médicos de la Administración de Veteranos (VA), RAZÓN</p>	
<p><input type="checkbox"/> Seguro de Salud suministrado por el empleador</p>	<p>Si no está cubierto por el Seguro de Salud suministrado por el empleador, RAZÓN</p>	
<p><input type="checkbox"/> Seguro obtenido a través de COBRA</p>	<p>Si no está cubierto por el Seguro obtenido a través de COBRA, RAZÓN</p>	
<p><input type="checkbox"/> Seguro de Salud Privado</p>	<p>Si no está cubierto por el Seguro de Salud Privado, RAZÓN</p>	
<p><input type="checkbox"/> Seguro de Salud Estatal para Adultos</p>	<p>Si no está cubierto por el Seguro de Salud Estatal para Adultos, RAZÓN</p>	

FY 2022 OC HMIS: SPANISH STATUS UPDATE/ANNUAL ASSESSMENT FORM — HOPWA

	<input type="checkbox"/> Aplicó, decisión pendiente <input type="checkbox"/> Aplicó; cliente no cumple los requisitos <input type="checkbox"/> Cliente no aplicó <input type="checkbox"/> El tipo de seguro no aplica para el cliente	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado
<input type="checkbox"/> Programa de Servicio de Salud Indígena	Si no está cubierto por el Programa de Servicio de Salud Indígena, RAZÓN	
	<input type="checkbox"/> Aplicó, decisión pendiente <input type="checkbox"/> Aplicó; cliente no cumple los requisitos <input type="checkbox"/> Cliente no aplicó <input type="checkbox"/> El tipo de seguro no aplica para el cliente	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado
<input type="checkbox"/> Otro Seguro de Salud	(Especifique Fuente): _____	

ASISTENCIA MEDICA

Recibir asistencia médica o dental financiada por Ryan White?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado
Si no está recibiendo asistencia médica o dental financiada por Ryan White, RAZÓN		
<input type="checkbox"/> Aplicó, decisión pendiente <input type="checkbox"/> Aplicó; cliente no cumple los requisitos <input type="checkbox"/> Cliente no aplicó <input type="checkbox"/> El tipo de seguro no aplica para el cliente	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado	

ANTI-ELIMINACIÓN PRESCRITO

¿Se le han recetado al participante medicamentos antirretrovirales?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado
--	--	--

Certifico que la información anterior es correcta según mi leal saber.

Firma del Cliente (*Client Signature*)

Fecha (*Date*)

Firma del personal de la agencia (*Agency Staff Signature*)

Fecha (*Date*)

NO RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS – SOLO PARA PERSONAL DE ENTRADA DE DATOS (Opcional): DO
NOT ANSWER QUESTIONS BELOW – DATA ENTRY PERSONNEL ONLY (Opcional)

Date entered into HMIS: ____/____/____

Question	Answer	Comments
Was the hard copy of the Status Update/Annual Assessment form completely filled out correctly?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	

Staff Name (verifying completion of Data Entry): _____